

金华市医疗保障局 金华市卫生健康委员会 文件

金医保发〔2020〕40号

金华市医疗保障局 金华市卫生健康委员会 关于印发《金华市区开展医保定点医疗机构 规范使用医保基金行为专项治理工作的方案》的通知

市区各定点医疗机构:

为规范医疗服务行为，查处医保领域违法违规行为，维护基金安全，根据《浙江省医疗保障局 浙江省卫生健康委员会关于印发〈浙江省开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的方案〉的通知》（浙医保联发〔2020〕15号）要求，结合本市实际，我们制定了《金华市区开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

市医保局联系人：祝 玲

联系电话：83472203

林 宏

联系电话：82822093

市卫健委联系人：何仙玲

联系电话：82469892



金华市医疗保障局



金华市卫生健康委员会

2020年7月24日

金华市区开展医保定点医疗机构规范使用 医保基金行为专项治理工作的方案

根据《浙江省医疗保障局 浙江省卫生健康委员会关于印发〈浙江省开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的方案〉的通知》（浙医保联发〔2020〕15号）要求，结合本市实际，制定本方案。

一、工作目标

通过定点医疗机构自查整改，医疗保障和卫生健康部门抽查复查、飞行检查等措施，强化医保基金监管工作合力，督促定点医疗机构健全内部医保管理制度，规范医疗服务、价格收费等行为，提升医保管理水平和风险防控能力，切实维护医保基金安全。

二、基本原则

（一）全面覆盖。一是覆盖全市医保定点医疗机构。二是覆盖2018年1月1日至2020年5月31日，纳入基本医疗保险支付范围的所有医疗服务行为和医疗费用。

（二）突出重点。针对不同类型医疗机构及其诊疗服务行为，突出治理重点，分门别类“对症下药”。对于公立医疗机构重点治理违规收费、重复收费、超医保支付范围、无指征诊疗、套餐式检查、套餐式治疗、高套病种、将临床实验项目违规纳入医保报销等行为；对于非公立医疗机构重点治理虚假结算、人证不符、诱导住院、无指征住院等行为。

（三）分类处理。对于自查整改中发现问题，主动足额退回

违法违规所得，及时整改到位的医疗机构，可依法依规从轻、减轻或免于处罚。自查整改期限结束后，即刻开展市区定点医疗机构抽查复查专项检查行动，在抽查复查专项检查行动或国家局、省局飞行检查中，发现定点医疗机构自查整改不力，未按时足额退回违法违规所得，或仍然存在违法违规使用医保基金的行为，要坚持零容忍，依法依规从重处罚，并公开曝光。

三、治理内容

（一）不合理收费问题。将收费诊疗项目分解成多个项目收费；将有明确项目内涵的诊疗项目重复收费；高套病种（病组）结算；超过政府定价、政府指导价标准收费；将不属于价格项目除外内容的低值医用耗材另行收费；在政府公布的价格项目外自立项目收费。

（二）串换项目（药品）问题。将目录外药品、医疗服务项目、医用耗材串换为目录内项目；将低价药品、医疗服务项目、医用耗材套用高价收费等。

（三）不规范诊疗问题。将患者的住院诊疗过程分解成二次及以上住院治疗；不符合住院指征的患者入院治疗；超医保目录支付限定范围使用药品或医用耗材纳入医保结算；过度检查、化验、用药、治疗等行为。

（四）虚假服务问题。伪造、变造、虚构医疗服务结算；伪造患者信息结算；挂名住院；伪造、变造财务凭证、医疗文书、票据和进销存数据结算等。

（五）其他违法违规问题。开展与自身资质不符的医疗服务

并纳入医保结算；将药物临床试验项目违规纳入医保结算；将非定点医疗机构私自接入医保信息系统结算；留存医保证卡，套刷、盗刷医保费用等。

四、工作安排

（一）开展自查自纠。7月31日前，市医保部门和卫生健康部门组织定点医疗机构完成自查自纠工作（已完成2019年1月1日至11月30日自查自纠的定点医疗机构，根据国家规定时间段，补充自查2018年1-12月和2019年12月及2020年1-5月期间的医疗服务收费行为），8月7日前，各定点医疗机构将《2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表》（附件1-3）、《2020年定点医疗机构自查自纠（医用耗材）情况汇总表》（附件4）盖章后上报市医保局医疗保障中心数据稽核科（市行政服务中心1607办公室），统计表电子档发至基金监管邮箱（jhybsjjh@163.com）。各定点医疗机构要对照专项治理内容，全面认真自查，深入剖析违法违规根源问题，明确整改措施、完成时限和责任人，于9月20日前，完成整改工作，足额退回违法违规所得，并将自查整改情况书面报告市医保部门和卫生健康部门。

（二）开展抽查复查。8-9月，市医保部门和卫生健康部门根据定点医疗机构自查整改情况开展抽查复查，重点抽查自查不认真、走过场、投诉举报多的定点医疗机构，原则上对所有定点医疗机构全覆盖。

（三）迎接飞行检查。9-10月，省医保局和省卫生健康委联合组织开展飞行检查。国家医保局和国家卫生健康委也将适时对

我市开展飞行检查。各定点医疗机构要积极配合国家和省级飞行检查，按要求提供有关资料。

五、工作要求

（一）提高站位，抓好整改落实。医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。各定点医疗机构要切实增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导，明确时间表和路线图，确保按时保质完成自查自纠工作任务。

（二）举一反三，全面排查整改。各医保定点医疗机构要根据市医保局和市卫健委的要求和指导，高质量地开展自查自纠工作，坚决不走过场，拿出诚意，确保自查自纠到位。对敢于暴露问题，积极整改的可考虑从轻处理；对故意隐瞒不报、敷衍塞则走过场的，则安排重点检查，从严从重处理。

（三）建章立制，加强内部管理。定点医疗机构要强化行业自律，总结提炼好的做法，形成机构内部加强医保管理的长效机制。要健全院内医保管理制度，完善岗位职责、风险防控和责任追究等相关制度，实行医保工作院长负责制；要建立追责机制，对于发生欺诈骗保行为的医护人员，在晋升聘岗、评先评优、绩效考核等方面实行一票否决；要加强医保办公室能力建设，规范药品及耗材进销存管理和财务管理，主动适应医保基金监管工作需要；除每年4月的集中宣传月外，开展多种形式常态化“打击欺诈骗保、维护基金安全”宣传教育。

- 附件：1. 2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表（2018年1月至2020年5月）
2. 2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表（2019年1月至11月）
3. 2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表（2018年1月至12月和2019年12月及2020年1-5月）
4. 2020年定点医疗机构自查自纠（医用耗材）情况汇总表

抄送：浙江省医疗保障局。

金华市医疗保障局办公室

2020年7月24日印发

附件1

2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表

填报单位：

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
	总计				
1	一、不合理收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
2	1. 重复收费				
3	2. 分解收费				
4	3. 超标准收费				
5	4. 自立项目收费				
6	5. 高套病种（病组）、规避入组				
7	二、串换收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
8	1. 目录外项目串换				
9	2. 低价项目高套				
10	三、不规范诊疗问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
11	1. 无指征检查、化验				
12	2. 无指征治疗				
13	3. 套餐式检查、化验				
14	4. 超医保支付政策范围				
15	5. 无指征住院				
16	6. 挂床住院				
17	7. 分解住院				
18	四、虚构服务问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
19	1. 虚假结算				
20	2. 人证不符（冒名就医）				
21	3. 诱导住院				
22	五、其他问题合计				
23	1. 私自联网				
24	2. 资质不符				
25	3. 将临床试验项目违规纳入医保结算				
26	4. 其他1（以上不能涵盖的情形简述）				其他1问题的详细描述
27	5. 其他2（以上不能涵盖的情形简述）				其他2问题的详细描述
28	6. ……				

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为定点医疗机构

2. 政策依据：《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》等

3. “涉嫌问题”各定点医疗机构可根据实际情况在“五、其他问题合计”下增加相应条目

4. 自查自纠相关数据的起止时间为2018年1月1日至2020年5月31日，此表填写2018年1月1日至2020年5月31日数据。附件1各项之和应等于附近2+附件3各项之和。

2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表

填报单位：

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
	总计				
1	一、不合理收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
2	1. 重复收费				
3	2. 分解收费				
4	3. 超标准收费				
5	4. 自立项目收费				
6	5. 高套病种（病组）、规避入组				
7	二、串换收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
8	1. 目录外项目串换				
9	2. 低价项目高套				
10	三、不规范诊疗问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
11	1. 无指征检查、化验				
12	2. 无指征治疗				
13	3. 套餐式检查、化验				
14	4. 超医保支付政策范围				
15	5. 无指征住院				
16	6. 挂床住院				
17	7. 分解住院				
18	四、虚构服务问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
19	1. 虚假结算				
20	2. 人证不符（冒名就医）				
21	3. 诱导住院				
22	五、其他问题合计				
23	1. 私自联网				
24	2. 资质不符				
25	3. 将临床试验项目违规纳入医保结算				
26	4. 其他1（以上不能涵盖的情形简述）				其他1问题的详细描述
27	5. 其他2（以上不能涵盖的情形简述）				其他2问题的详细描述
28	6. ……				

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为定点医疗机构

2. 政策依据：《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》等

3. “涉嫌问题”各定点医疗机构可根据实际情况在“五、其他问题合计”下增加相应条目

4. 自查自纠相关数据的起止时间为2018年1月1日至2020年5月31日，此表填写2019年1-11月自查自纠旧表换算到新表的数据，已退回的在备注里标明“已退回”。

2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表

填报单位：

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
	总计				
1	一、不合理收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
2	1. 重复收费				
3	2. 分解收费				
4	3. 超标准收费				
5	4. 自立项目收费				
6	5. 高套病种（病组）、规避入组				
7	二、串换收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
8	1. 目录外项目串换				
9	2. 低价项目高套				
10	三、不规范诊疗问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
11	1. 无指征检查、化验				
12	2. 无指征治疗				
13	3. 套餐式检查、化验				
14	4. 超医保支付政策范围				
15	5. 无指征住院				
16	6. 挂床住院				
17	7. 分解住院				
18	四、虚构服务问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品，不包含医用耗材
19	1. 虚假结算				
20	2. 人证不符（冒名就医）				
21	3. 诱导住院				
22	五、其他问题合计				
23	1. 私自联网				
24	2. 资质不符				
25	3. 将临床试验项目违规纳入医保结算				
26	4. 其他1（以上不能涵盖的情形简述）				其他1问题的详细描述
27	5. 其他2（以上不能涵盖的情形简述）				其他2问题的详细描述
28	6. ……				

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为定点医疗机构

2. 政策依据：《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》等

3. “涉嫌问题”各定点医疗机构可根据实际情况在“五、其他问题合计”下增加相应条目

4. 自查自纠相关数据的起止时间为2018年1月1日至2020年5月31日，此表填写2018年1-12月和2019年12月-2020年5月数据

2020年定点医院自查自纠（医用耗材）情况汇总表

填报单位：

序号	涉嫌问题	(拟) 退回费用 总计 (万元)	材料费不同价格区间分别统计					备注
			<100元	≥100, <200	≥200, <500	≥500, <1000	≥1000元	
1	项目内涵材料单独收费							
2	未按规定加价							
3	目录外材料串换为目录内							
4	低价材料套用高价收费							
5	一次性材料重复收费							
6	违反物价规定收费							
7	虚记多记材料费							
8	其他进销存不符（以上不能涵盖的情形简述）							详细描述
9	其他耗材问题（以上不能涵盖的情形简述）							详细描述
10							详细描述

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

- 注：1. “填报单位”各定点医院医疗机构
 2. 政策依据：《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》等
 3. “涉嫌问题”各定点医院可根据实际情况增加相应条目
 4. 此表填写2018年1月1日至2020年5月31日数据。

